

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

11

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Alphonse, Jean MAGOIS

Né le 11 Août 1905, à SAINT-HILAIRE-DE-TALMONT (Vendée)

Pharmacien de la Faculté de Paris

TRAITEMENT

DU PROLAPSUS GÉNITAL

PAR L'OPÉRATION DE HALBAN

(ÉTUDE CRITIQUE ET COMPARÉE)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES (Pr M. LEROUX)

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Alphonse, Jean MAGOIS

Né le 11 Août 1905, à SAINT-HILAIRE-DE-TALMONT (Vendée)

Pharmacien de la Faculté de Paris

TRAITEMENT

DU PROLAPSUS GÉNITAL

PAR L'OPÉRATION DE HALBAN

(ÉTUDE CRITIQUE ET COMPARÉE)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES (P^r M. LEROUX)

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE

FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 N.....
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD EL. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 BRENTANO ... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

HEITZ-BOYER...	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL- LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT ...	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

En témoignage de profonde et affectueuse reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MA CHERE FEMME

En témoignage de profonde affection.

A MES CHERS ENFANTS

Jean-Yves

Marie-Geneviève

Alphonse

Pierre

EN SOUVENIR DE MA FILLE

Geneviève

A Monsieur le Professeur JEANNIN

Professeur de clinique d'accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur LEROUX

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Nantes

*Notre reconnaissance pour le concours
qu'il a bien voulu nous donner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur PICARD

Monsieur le Professeur PERRIN

Monsieur le Professeur BAHUAUD

Monsieur le Professeur ARONDEL

A MES ANCIENS MAITRES EN PHARMACIE

Monsieur le Professeur BOUTRON

Monsieur le Professeur GUERITAUT

Monsieur le Professeur MARGUERY

A MES PREMIERS MAITRES

Les Frères de Saint-Gabriel.

AVANT-PROPOS

« L'homme emporte toujours dans la maladie ses amours et ses haines, ses amertumes et ses angoisses. »

D^r LERICHE.

Arrivé à la fin de nos études médicales, c'est un devoir pour nous d'offrir l'hommage de notre respectueuse et profonde gratitude à ceux qui, avec patience et enthousiasme, nous ont livré, avec leur cœur, les résultats de leur expérience et de leur savoir.

Nos maîtres nous ont appris, près du lit du malade, que la sécheresse du cœur est incompatible avec la vocation médicale. Leur enseignement et le contact journalier avec la maladie, la souffrance et la mort, nous ont montré que ce n'est que par la pitié, par l'amour pour nos malades, que nous prenons véritablement contact avec la maladie. L'homme n'est pas seulement un composé d'organes, de tissus, il a en plus une sensibilité propre, des sentiments moraux. Il importe donc de ne pas négliger, chez le malade, les manifestations psychologiques pour ne s'attacher qu'aux manifestations physiologiques « l'homme, dit Leriche, emporte toujours dans la maladie ses amours et ses haines, ses amertumes et ses angoisses ».

Parmi tous les Maîtres à qui va notre reconnaissance, et dont le nom nous est cher, le professeur LEROUX occupe une place toute particulière. Avec émotion, nous nous souvenons des leçons et des conseils qu'il nous donna dans son service de la maternité, à Nantes. Nous devons, à sa bienveillante sollicitude, l'inspiration de ce travail; qu'il reçoive, ici, l'expression de nos remerciements émus et de notre respectueux attachement.

INTRODUCTION

Le prolapsus génital a suscité de nombreux travaux, travaux sur sa pathogénie, mais surtout sur son traitement.

Au Congrès de Chirurgie de 1923, BÉGOVIN et SAVARIAUD ont fait remarquer le nombre considérable de procédés imaginés pour remédier à cette pénible infirmité.

En France, la majorité des chirurgiens est restée fidèle à la triple opération : colpo-périnéorraphie, colporrhaphie antérieure, hystéropexie, avec comme temps complémentaire l'amputation du col utérin.

L'interposition de l'utérus de SCHAUTA-WERTHEIM, le cloisonnement élargi du vagin, sont également des méthodes répandues.

Par contre, l'opération de HALBAN, très pratiquée en Allemagne, et par l'école de Genève, est à peu près inconnue en France. Seule, l'Ecole de Lyon, avec COTTE, semble la pratiquer.

Cette opération, par sa bénignité, la suppression de tout temps abdominal, l'accollement de l'utérus à la vessie, la grande solidité de la paroi vaginale antérieure, bien supérieure à celle que donne la colporrhaphie simple, telle qu'on la pratique le plus souvent,

son innocuité pour une grossesse et un accouchement ultérieur, mériterait certes d'être plus répandue.

Le professeur LEROUX, de Nantes, ayant pratiqué sept opérations de Halban, nous a proposé de faire une étude sur ce procédé.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous confier ce travail.

Après avoir exposé la technique de l'opération, étudié ses suites opératoires, ses résultats immédiats et éloignés, nous la comparerons aux autres opérations pratiquées pour prolapsus et montrerons ses avantages.

EXPOSE DE L'OPERATION DE HALBAN

Les buts recherchés par l'opération de Halban sont :

Restituer un soutien vésical solide par la dissection et le froncement serré du septum vésico-vaginal;

Restituer à l'utérus son attitude et sa position normale par la vésico-fixation haute ou oblitération du cul-de-sac vésico-utérin *par voie vaginale*;

Refaire un périnée solide par une colpo-périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs;

Amputer le col s'il est hypertrophié.

I. — Restitution du soutien vésical

Si nous étudions les moyens de fixité de l'utérus, nous voyons que deux opinions s'opposent, suivant que l'on accorde plus d'importance aux moyens de suspension ou à ceux de soutien.

En France, depuis les travaux de BOULLY et de FARABEUF, le rôle du soutien inférieur est considéré comme essentiel.

HALBAN et TANDLER, dans une étude très détaillée, basée sur les constatations faites lors de l'autopsie de femmes atteintes de prolapsus, accordent également la prépondérance aux moyens de soutien.

Le véritable soutien est formé par le plancher pelvien musculaire, c'est-à-dire le diaphragme pelvien composé de releveurs de l'anus et du diaphragme urogénital. Si ces diaphragmes, qui agissent synergiquement avec le reste de la musculature abdominale, faiblissent sur un point, un hiatus apparaît, véritable orifice herniaire au travers duquel, vagin, utérus, vessie, rectum, sont entraînés par la pression abdominale.

Dans le plancher pelvien, existe une zone de moindre résistance, c'est « l'hiatus genitalis », portion comprise entre les bords internes des deux muscles pubio-rectaux. Ce groupe de muscles joue au point de vue de la statique vagino-utérine un rôle considérable.

Le plan musculaire pelvien, qui constitue l'élément de résistance, intervient surtout à l'état dynamique, à l'état de repos, il ne joue qu'un faible rôle.

HALBAN attribue un rôle considérable au fascia endo-pelvien, continuation du fascia endo-abdominal situé au-dessus du diaphragme musculaire et qui émet des faisceaux de condensation, ainsi que des lames conjonctivo-aponévrotiques autour des organes pelviens. Il décrit, comme particulièrement important, le feuillet aponévrotique de la paroi vaginale antérieure, formant un septum soutenant le fond de la vessie et capable de la maintenir en place, même en cas de déficience du releveur et du coin péri-néal.

D'autres auteurs, comme VIOLET, KOENIG, ont confirmé l'existence de ce septum.

Le principe de la technique de Halban consiste essentiellement à reconstituer en avant ce septum vésico-vaginal aussi serré que possible.

La vessie se trouve alors soutenue par un plancher solide et le prolapsus ne peut se reproduire.

II. — Restitution à l'utérus de son attitude et de sa position normale

Tant que l'utérus est en antéversion-flexion normale, il est appliqué fortement contre la vessie. S'il bascule, en rétroversion, il place son axe dans l'axe du vagin.

De plus, les anses intestinales pénètrent librement dans le cul-de-sac antérieur, redressent l'utérus et la poussée abdominale engage l'utérus dans le vagin comme dans un véritable trajet herniaire.

La vésico-fixation que pratique HALBAN, maintient l'utérus dans sa position normale et permet une occlusion complète et définitive de ce cul-de-sac vésico-utérin, empêchant ainsi les anses intestinales de s'y engager.

III. — Amputation du col

Dans son mémoire sur « *l'allongement hypertrophique du col de l'utérus* », HUGUIER s'attache à démontrer à l'aide de faits cliniques et de pièces anatomiques, que le fait primitif du prolapsus est l'allongement de la portion sus-vaginale du col; cette hypertrophie entraînant avec elle le vagin qui lui adhère.

A l'heure actuelle, si on est loin d'admettre un rôle de premier plan à cette hypertrophie, il n'en est pas moins vrai qu'on lui reconnaît un rôle important.

Si nous examinons quel rôle peut jouer cette hypertrophie dans la production du prolapsus, nous voyons que, allongé, le col offre une prise effective à la pression abdominale qui le bascule dans l'axe génital et provoque sa descente dans le vagin. Ce col, engagé dans le vagin, exerce des tractions sur l'utérus et tend, si ce dernier est en antéverson à le faire passer en rétroversion.

D'où la nécessité de cette amputation, sinon le col allongé reste dans l'axe du vagin et peut devenir le point de départ d'une récurrence. COTTE en a cité quelques cas. En voici un exemple : « Pour ma part, dit-il, j'ai vu, il y a quelques années, une malade, à qui j'avais fait une interposition de l'utérus et qui, deux ou trois ans après, présentait un col à la vulve. Il n'y avait pas de récurrence de la cystocèle, le périnée était solide et il m'a suffi de faire une amputation secondaire du col pour que tout rentre dans l'ordre ».

Dans la technique de Halban, l'amputation du col allongé prend une importance capitale et il y a lieu de la faire aussi haut que possible.

IV. — Réfection du périnée

Quand la pression abdominale s'exerce sur l'utérus en antéflexion normale, elle n'a d'autre effet que d'appliquer fortement cet organe contre la vessie et de

pousser la paroi antérieure du vagin contre sa paroi postérieure qui est soutenue par les anses du releveur de l'anوس et par le plancher périnéal. Si pendant l'accouchement, des lésions périnéales se produisent, cette paroi postérieure cède, l'antérieure, comme le dit BOUILLY, « porte à faux » et, privée de son appui, glisse, descend, se déroule en dehors.

La colpo-périnéorraphie est donc un temps complémentaire indispensable de l'opération de Halban dans tous les cas où il y a insuffisance du périnée.

On trouvera aux pages suivantes des planches représentant les temps principaux de la technique de HALBAN.

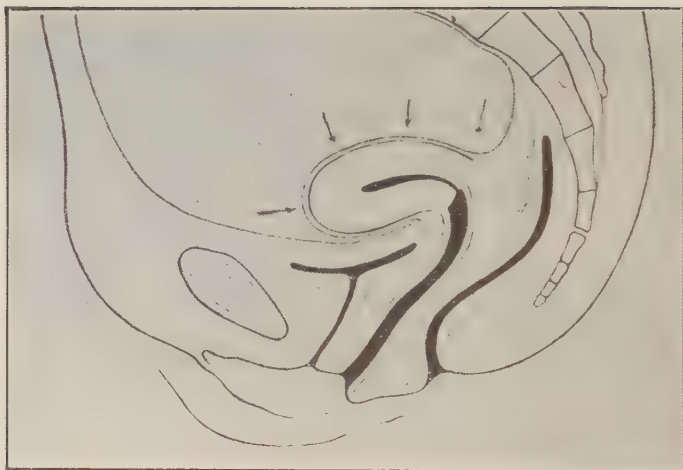


FIG. I. — Après amputation du col, le moignon n'offre pas de prise à la pression abdominale.

(1) Les figures de notre ouvrage sont extraites de HALBAN, « *Gynäkologische Operationslehre* » et reproduites grâce à l'obligeance du Professeur HALBAN et de ses éditeurs, MM. URBAN et SCHWARZENBERG, de Wien et Berlin, à qui nous adressons nos vifs remerciements.

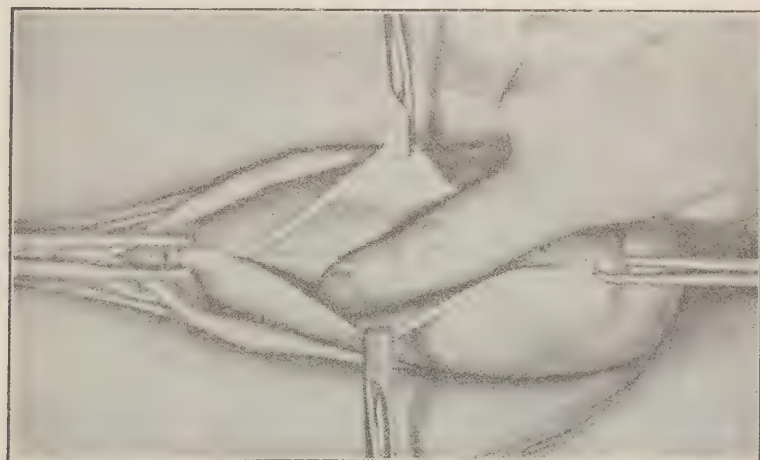


Fig. II. — Clivage au doigt, entre la muqueuse vaginale et la lame aponévrotique.

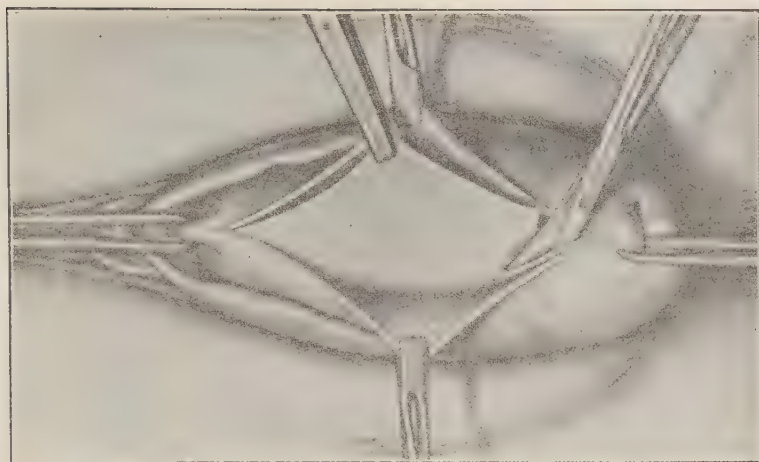


Fig. III. — La lame aponévrotique est détachée de son insertion au col.



FIG. IV. — Trace des incisions latérales en cas d'amputation du col.

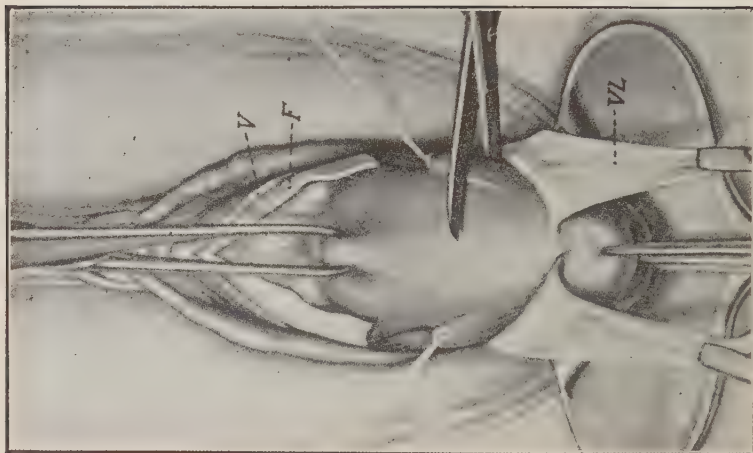


FIG. V. — L'artère utérine est liée et coupée.

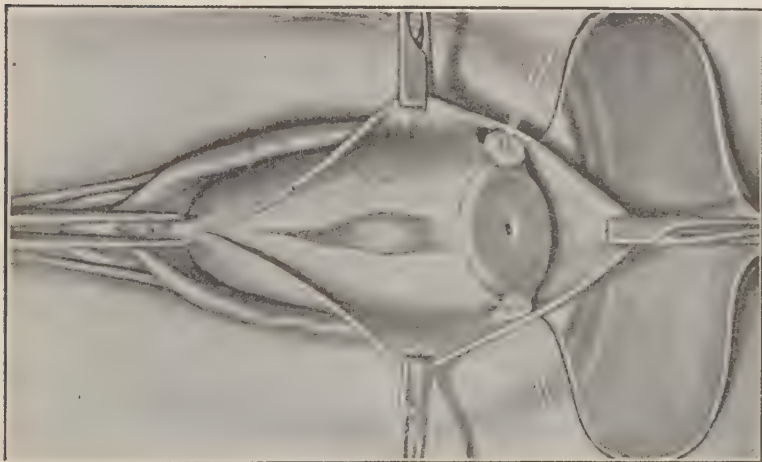


FIG. VI. — L'amputation du col est achevée.

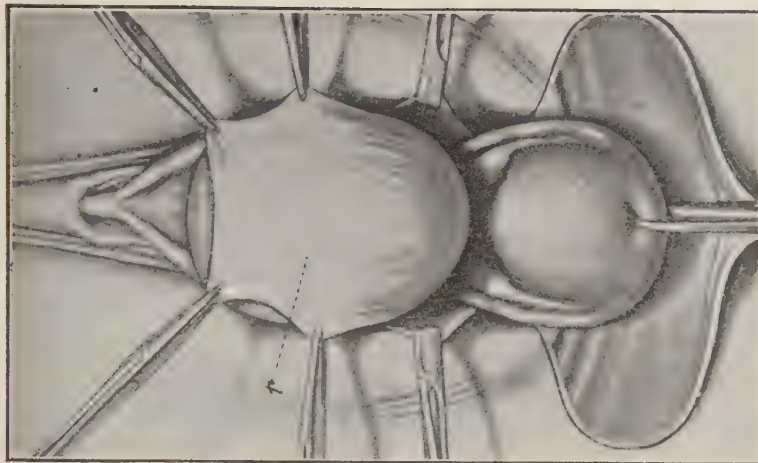


FIG. VII. — Après refoulement de la vessie et ouverture du cul-de-sac antérieur, l'utérus est exteriorisé, le péritoine vésical abaissé par tractions successives, aussi loin que possible : P, périvésical.

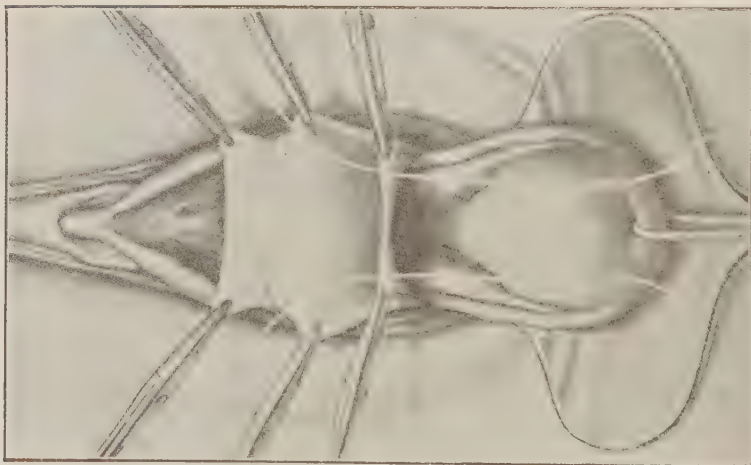


FIG. VIII. — Vésicofixation haute : passage du premier fil.

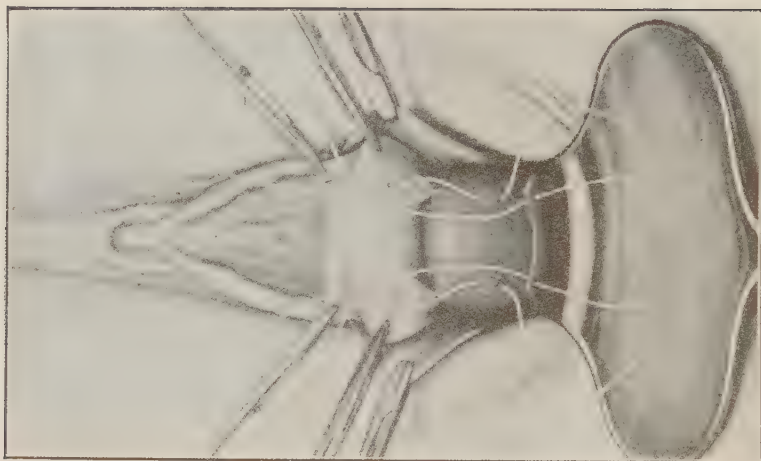


FIG. IX. — Passage des deux autres fils. Ces fils serrés, le cul-de-sac est oblitéré et l'incision péritonéale est fermée.

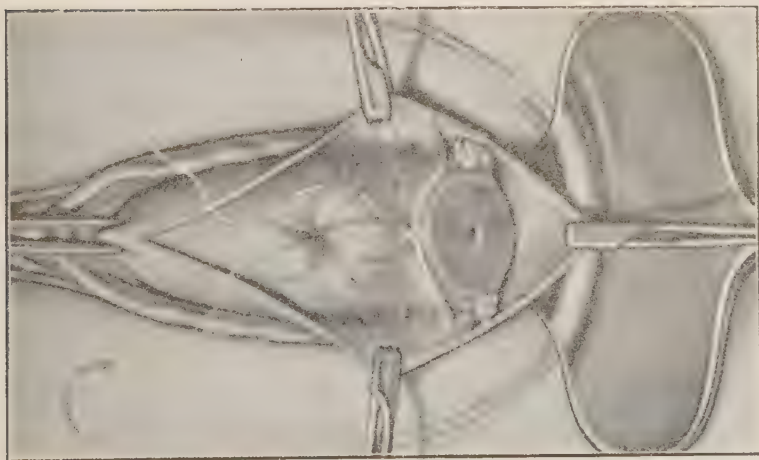


FIG. X. — Suture en bourse du fascia fibreux.

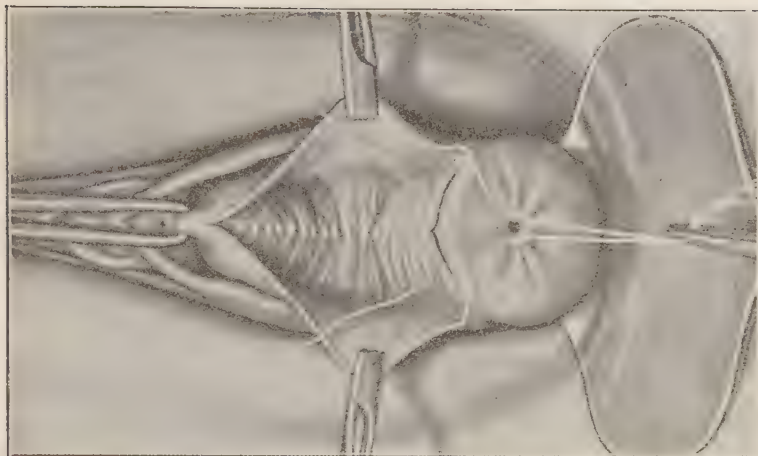


FIG. XI. — Froncement de la lame aponévrotique vésico-vaginale.

OBSERVATIONS

AVEC RELATION DETAILLEE DU PROTOCOLE OPERATOIRE

OBSERVATION I. — Mme M., a subi une opération de Halban en décembre 1934. Après anesthésie générale au Schleich, la désinfection du champ a été faite à l'éther et à l'eau iodée, la peau a été badigeonnée à la teinture d'iode.

Les divers temps de l'opération ont été les suivants:

1° Abaissement du col avec deux pinces d'Ombredanne, mises sur les commissures latérales;

2° Incision du raphé médian de la paroi vaginale antérieure, recherche du plan de clivage vésico-vaginal en s'aidant d'une sonde cannelée intra-vésicale qui permet de situer la vessie; clivage à droite et à gauche, et dans un deuxième temps séparation de la cloison fibreuse inter-vésico-vaginale de la muqueuse vaginale. Ce temps est assez délicat car on risque la perforation de la vessie; on arrive cependant à isoler cette lame fibreuse, surtout du côté gauche;

3° Incision en raquette dont l'anse entoure la face

postérieure du col. Cette incision permet d'amorcer et de faire un décollement des parois antérieures et latérales de l'utérus, jusqu'aux vaisseaux utérins; ces vaisseaux sont liés assez haut, au niveau de l'isthme. On pratique alors l'amputation du col, au-dessous des vaisseaux liés;

4° Abaissement de l'utérus et recherche du cul-de-sac vésico-vaginal qui est ouvert de bout en bout. Pendant cette recherche une hémorragie provenant de plusieurs vaisseaux situés, les uns sur la tranche de section du col, les autres sur le vagin, gêne le travail. On arrive pourtant à faire basculer le fond utérin, manœuvre facilitée par l'amputation préalable du col;

5° Abaissement de la paroi postéro-supérieure de la vessie à l'aide de pinces de Chaput qui, de proche en proche, amènent à l'extérieur une notable partie du péritoine vésical;

6° Des points au catgut, étagés, adossent l'utérus à la paroi vésicale, en commençant par le fond utérin et progressivement on arrive jusqu'au fond du cul-de-sac vésico-utérin. L'utérus est alors basculé à nouveau dans sa position définitive.

On ferme le cul-de-sac vésico-utérin;

7° Reconstitution du plancher fibreux sous-vésical, à l'aide de quelques points en X, au catgut;

8° Reconstitution de la paroi vaginale qui est suturée d'abord autour du moignon du col, puis au niveau de la paroi vaginale antérieure;

9° Myorraphie des releveurs avec résection d'un triangle muqueux de la paroi vaginale postérieure;

10° On place une sonde à demeure puis on applique de la pommade au collargol.

Le premier et le deuxième jour les pansements sont notablement souillés de sang.

Suites opératoires. — Mme M..., revue le 29 mai 1935, se sent très bien; son état général est parfait.

A l'examen, on remarque un périnée très long.

Au toucher, on ne trouve pas de col; on perçoit une paroi vaginale cicatricielle sur la ligne médiane antérieure; le corps utérin repose sur la vessie.

Au spéculum, on aperçoit un aspect cicatriciel de la paroi vaginale antérieure et de la région cervicale.

Il ne se reproduit pas de cystocèle à l'effort.

Les règles sont apparues le 16 mai et ont été normales.

OBSERVATION 2. — Mme B..., rentre à l'hôpital le 25 octobre 1935, envoyée par le Professeur LEROUX, pour prolapsus génital.

Le début apparent du prolapsus remonte à la fin de mai 1935. A l'occasion d'un effort, la malade sent une tumeur de la grosseur d'une mandarine, alors localisée à la partie antérieure du vagin. Cette cystocèle est réduite et traitée par le repos.

Au début de juillet, nouvelle poussée, mais avec double tumeur (cystocèle et rectocèle). A nouveau, réduction, repos. La malade consulte alors le Professeur LEROUX qui conseille une intervention, mais celle-ci n'est pas acceptée.

En septembre, les troubles se sont nettement aggravés.

Au moindre effort, dans la simple station debout, la tumeur apparaît, gênant considérablement la malade qui ne peut s'asseoir. De plus, Mme B... se plaint de pesanteurs pelviennes, de troubles de la miction, de constipation. Elle se décide alors à se faire opérer.

Comme antécédents obstétricaux on note trois grossesses normales, arrivées à terme; le premier accouchement a eu lieu en 1912, il s'est terminé par forceps. Il a été suivi d'infection puerpérale.

Le second accouchement a eu lieu en 1916, il a nécessité également une application de forceps. La troisième grossesse, terminée le 25 février 1933, a nécessité une symphysiotomie à la Zarate. Mme B... est restée ensuite 50 jours sans marcher parce qu'elle souffrait. Actuellement la zone symphysaire est solide, elle ne se mobilise nullement aux mouvements actifs et passifs des membres inférieurs; cependant, cette région est douloureuse aux changements de temps; la pression des deux extrémités pubiennes est douloureuse.

A son entrée à l'hôpital, Mme B... est examinée. Etant au repos au lit depuis plusieurs jours, aucune tumeur n'apparaît à l'inspection. Résultat négatif également en faisant pousser la malade. Au toucher le vagin est mou et on note un allongement hypertrophique net du col.

Les culs-de-sac sont souples, cependant la malade accuse un long passé de salpingite, avec crise aiguë, il y a 9 ans.

La paroi abdominale est flasque et atone.

La malade prétend avoir considérablement maigri depuis un an (8 à 10 kilos). Elle présente des troubles dyspeptiques mis sur le compte de l'hyperchlorydrie depuis 8 ans, obligeant la malade à un régime. Une opération de Halban est décidée pour le 30 octobre 1935. La conduite de l'intervention a été la suivante :

- 1° Abaissement du col avec des pinces de Museux;
- 2° Incision médiane de la paroi antérieure du vagin;
- 3° Dissection de la muqueuse vaginale, à droite et à gauche;

- 4° Incision, autour du col, de la muqueuse, de façon à le libérer. Le col est à deux valves et nettement infecté. On observe de la cervicite chronique avec allongement hypertrophique du col.

On libère le col très haut;

- 5° Pincement de chaque côté de l'artère utérine et ligature;

- 6° Amputation du col;

- 7° Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. La cavité péritonéale une fois ouverte, on bascule le fond utérin et on le fixe à l'aide d'une pince de Museux;

- 8° Abaissement du péritoine vésical;

- 9° Fixation du fond utérin au péritoine vésical par trois plans étagés au catgut. Ce temps est délicat car il faut faire attention à ne pas blesser la vessie;

- 10° Le corps utérin est remis en place, il est parsemé de quelques points fibromateux;

- 11° Suture réparatrice de la muqueuse utérine et

fixation pour recouvrir la surface cruenta du col par plusieurs points radiés autour de l'orifice utérin.

Hémostase serrée;

12° Colpo-périnéorraphie postérieure;

13° Sonde à demeure, application de pommade au collargol.

Suites opératoires. — La malade présente de l'incontinence d'urine; on enlève la sonde. Il semble qu'il s'agisse d'un peu de parésie du sphincter vésical.

La malade sort de l'hôpital le 15 novembre, en très bon état.

OBSERVATION 3. — Mme C..., rentre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 22 novembre 1935. Elle présente une ptose génitale accentuée.

Elle a eu trois enfants. Le dernier accouchement, en date du 5 septembre 1935, a nécessité l'application du forceps par suite d'une faiblesse musculaire et d'asthénie générale très accentuée. L'asthénie n'a fait que s'accroître au cours des semaines suivantes, par suite des fatigues que lui occasionnent les soins à donner à son nourrisson et les travaux de son ménage.

A son entrée à l'hôpital, son état général est très déprimé.

L'examen local montre une ptose génitale accentuée avec rétroversion utérine complète et rétroflexion.

Une opération de Halban est décidée le 23 novembre, la marche de l'opération a été la suivante :

1° Abaissement du col à l'aide de deux pinces de Museux latérales;

2° Incision de la paroi vaginale antérieure et dissection de la muqueuse, largement, sans faire de clivage du plan fibreux sous-vésical.

Ce clivage paraissant dangereux par suite du voisinage de la vessie et de la formation possible d'hématomes;

3° Incision circulaire de la muqueuse du col qui emporte un peu de muqueuse de la paroi vaginale antérieure, formant deux lambeaux en triangle, à pointe antérieure;

4° Dissection latérale de la muqueuse cervicale, facile peut-être à cause de la proximité de l'accouchement;

5° Pincement et ligature des utérines;

6° Amputation du col « en saucisson »;

7° Incision du cul-de-sac péritonéal antérieur ;

8° Abaissement de l'utérus rétroversé, gros et mou, qui est ainsi extériorisé;

9° Abaissement de la vessie, au travers de la brèche péritonéale antérieure.

Ces deux derniers temps ont été pénibles et difficiles;

10° Fixation, en trois étages, de l'utérus, à la paroi postéro-supérieure de la vessie;

11° Suture de la muqueuse en collerette, autour de l'orifice cervical et au-dessous de la vessie;

12° Colpo-périnéorrhaphie postérieure typique.

Suites opératoires. — Mme C..., a été revue en mai 1936.

A l'examen, l'utérus était antéversé et mobile, au

toucher on ne trouve pas de col, au spéculum on aperçoit une muqueuse vaginale froncée et rose.

Le périnée est très solide.

L'état général est excellent.

OBSERVATION 4. — Mme D..., septième-pare, rentre à l'Hôtel-Dieu le 3 décembre 1935. Elle présente une ptose génitale avec métrite cervicale. A l'examen, l'utérus est rétroversé, la vulve largement béante, avec ptose vaginale antérieure et postérieure.

L'état général est très mauvais avec amaigrissement et asthénie.

Le 4 décembre, une opération de Halban est pratiquée dont la conduite a été la suivante :

Anesthésie au Schleich; désinfection du champ à l'eau iodée;

1° Extériorisation du col avec des pinces de Museux, et incision de la colonne antérieure du vagin, puis dissection des deux lambeaux laissant adhérent à la vessie tout le feutrage fibreux intervésico-vaginal;

2° Incision en raquette de la muqueuse du col, à deux centimètres au-dessus du museau de tanche.

On tombe sur un tissu cellulaire très lâche, contenant latéralement les vaisseaux utéro-vésicaux;

3° Dissection, pincement et section des utérines qui, contenues dans un magma cellulo-fibreux épais, sont liées. Malgré cela l'hémorragie est assez abondante;

4° Section « en saucisson » du col, provoquant quelques hémorragies;

5° Incision prudente du cul-de-sac vésico-utérin, une valve est alors mise en place;

6° Abaissement et bascule du fond utérin, cet abaissement est difficile et nécessite l'usage du doigt et des écarteurs de Farabeuf. Des mouvements combinés des pinces de Museux et des écarteurs, favorisent l'opération;

7° Les deux trompes sont ligaturées et suturées. L'utérus paraît un peu gros;

8° Abaissement de la vessie de proche en proche, par des pinces de Chaput. On passe alors le catgut sur le péritoine vésical et sur l'utérus; les points utérins déchirent. Il faut passer tous les points à l'avance, prudemment, puis faire basculer l'utérus, puis nouer;

9° Fermeture de la brèche péritonéale;

10° Fermeture, avec fronçage profond de la zone fibreuse et muqueuse de soutien vésical;

11° Recouvrement du col par la muqueuse utérine qui est rapprochée par plusieurs points autour de l'orifice cervical;

12° Colpo-périnéorraphie et myorraphie postérieures, avec résection en coin de la paroi vaginale postérieure;

13° Une sonde vésicale est mise à demeure et on applique de la pommade au collargol.

Suites opératoires. — Mme D... sort de l'hôpital, au bout de 15 jours, en parfait état.

OBSERVATION 5. — Mme N..., se présente le 27 octobre 1936, elle a eu 7 grossesses, les 4 premières à terme, la première il y a 14 ans; la cinquième s'est terminée par une fausse couche à deux mois, la sixième

a nécessité une application de forceps, le dernier accouchement normal a eu lieu il y a quatre ans et demi.

Depuis six mois, Mme N... se plaint de pesanteur pelvienne et de pertes purulentes. A l'examen, on trouve une ptose génitale avec extériorisation de la paroi vaginale antérieure, exulcération nummulaire de la lèvre antérieure, le corps utérin est mobile. Une opération de Halban a été pratiquée le 21 novembre 1936, comportant les temps habituels et en particulier l'amputation du col sans rien de notable à indiquer.

Vers le douzième jour, état lipothymique, pour lequel on avait cru à une embolie, mais il s'agit plutôt d'une tendance au collapsus cardiaque provoqué par l'état de fatigue de la malade.

Suites opératoires. — Mme N..., revue le 21 mai 1937, présente un état fonctionnel excellent, elle n'a plus de gêne basse et peut vaquer à toutes ses occupations. Le coït est possible et sans douleur. On note parfois un peu de persistance d'incontinence légère des urines. Les règles sont normales, elles apparaissent tous les mois, durent 4 jours et sont assez abondantes. L'état local est très bon, les muqueuses ne sont pas rouges, la vulve est béante, le périnée est bon, le col est froncé, il n'est pas perceptible parce qu'amputé, le corps utérin est antéversé. Il n'y a pas de cystocèle à l'effort.

OBSERVATION 6. — Mme E..., rentre à l'hôpital le 15 juillet 1937, elle se plaint de douleurs lombo-abdomi-

nales croissantes, à l'examen, on trouve un utérus rétroversé et rétrofléchi; on remarque en plus de la cervicite chronique avec leucorrhée.

Elle a eu deux opérations césariennes et un troisième accouchement, par voie obstétricale, normal.

Une opération de Halban est pratiquée le 17 juillet 1937. Opération dont la conduite a été la suivante :

1° Incision médiane de la paroi antérieure du vagin;

2° Dissection vésico-vaginale, au ras de la muqueuse;

3° Incision en raquette, rétro-cervicale au niveau de l'insertion cervicale du vagin;

4° Libération du col de chaque côté pour bien mettre en évidence les deux pédicules utérins;

5° Ligature et suture de ces pédicules;

6° Amputation du col (en saucisson);

7° Dissection de la région antérieure pour ouvrir le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Au cours de cette manœuvre, menée trop superficiellement, et sans assez tenir compte des veines vésicales, on ouvre la vessie qu'on reconnaît à l'aspect rouge de sa muqueuse. On la suture en surjet aussitôt. On aurait dû se méfier de cet accident en raison de la présence du lacis veineux sur la vessie.

On cherche le péritoine vésico-utérin, plus au ras du col et après l'avoir trouvé on l'ouvre de chaque côté;

8° L'utérus en rétroflexion est basculé en avant par

traction sur le fond avec une pince de Museux et une pince d'Ombrédanne.

On a été obligé d'enlever la pince de Museux du moignon cervical pour faciliter la bascule;

9° Dès fils sont passés sur le fond utérin.

On remarque que la face antérieure de l'utérus ne porte pas trace des deux césariennes antérieures, la première pratiquée par le Professeur GROSSE, la seconde par le Professeur LEROUX;

10° Abaissement progressif de la parti vésicale postéro-supérieure;

11° Suture en trois plans de l'utérus à la paroi vésicale par des points non perforants;

12° Suture de la brèche péritonéale;

13° Suture en X de la ligne d'incision antérieure;

14° Suture en X et en fronçant, de la muqueuse utérine antérieure autour de l'orifice cervical;

15° En arrière, on s'aperçoit que le cul-de-sac de Douglas a été traversé. On ferme la brèche avec un petit surjet;

16° Colpectomie postérieure triangulaire avec myo-périnéorrhaphie. En passant le premier grand crin, on s'aperçoit que des gaz passent du rectum, on ferme la fistule en bourse. On passe deux crins doubles pris en masse. Un catgut réunit les releveurs;

17° De la pommade au collargol est appliquée, on en introduit également dans le rectum.

Suites opératoires. — Les fils sont enlevés le 27 juillet après 10 jours de constipation thérapeutique,

on donne une purgation. La malade sort au bout de 15 jours, l'état est très bon.

OBSERVATION 7. — Mme M..., 44 ans, vient consulter pour oligoménorrhée douloureuse, coexistant avec un état de nervosité très accentué; elle est extrêmement émotive, pleure à la moindre cause, est bouleversée pour les motifs les plus minimes.

Cette femme a eu quatre grossesses à terme, sans fausses couches; ses accouchements ont été difficiles. Lors de la dernière grossesse, elle aurait eu une crise de salpingite.

Elle est réglée tous les 28 jours, les règles durent seulement deux jours, sont très peu abondantes, mais douloureuses. Elle pense que cette dysménorrhée est peut-être la cause de ses troubles nerveux.

La malade présente une obésité assez accusée qui a tendance à s'accroître depuis quelque temps.

L'examen montre que l'utérus est rétroversé, douloureux, qu'il existe un degré marqué de cystocèle, le périnée étant éculé et réduit au seul sphincter de l'anus.

Avant de conseiller une opération chirurgicale, on prescrit un traitement médical à base de thyroïde (15 mars 1938).

Ce n'est que lentement, que l'amélioration se manifeste, que la malade perd un peu de poids et reprend un peu confiance en elle-même.

Cependant la cystocèle semble s'être accentuée. On décide alors (mi-septembre 1938) la malade à accep-

ter l'opération qui, en améliorant la statique utérine, stabilisera l'état névropathique de la malade.

Opération de Halban, le 20 septembre 1938 :

- 1° Anesthésie générale au Schleich;
- 2° Abaissement du col à la vulve;
- 3° Incision de la paroi vaginale antérieure ptosée, à partir du 10 mm. du museau de tanche jusqu'à 15 mm. en arrière du méat urinaire;
- 4° Dissection de la muqueuse, superficiellement, afin de laisser adhérent à la vessie le maximum de tissus pour le plissement terminal;
- 5° Recherche et ouverture large du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, temps assez délicat. On travaille contre l'utérus en évitant la zone antérieure, vésicale, dangereuse;
- 6° Bascule de l'utérus rétroversé, et extériorisation de l'utérus dans la plaie au travers de la brèche péritonéale;
- 7° Fixation au catgut, en deux séries de points, de l'utérus à la paroi vésicale postéro-supérieure;
- 8° Fermeture du péritoine au catgut;
- 9° Suture à points en X de la lame fibreuse sous-vésicale en la plissant de façon serrée;
- 10° Suture de la muqueuse vaginale;
- 11° Temps complémentaire.

Colpectomie postérieure cunéiforme.

Myorrhaphie des releveurs (1° plan catgut, 2° plan trois gros crins passés en bloc et serrant l'ensemble des plans musculaires du périnée).

Fermeture de la paroi muqueuse.

Les suites opératoires ont été normales.

La malade, revue le 20 novembre 1938, se sent très bien. Elle a eu ses règles sans douleurs, son syndrome psychasthénique est en très bonne voie d'amélioration, elle a repris un aspect de bonne santé.

ETUDE CRITIQUE DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Dans ce chapitre, nous voudrions seulement rapporter quelques remarques faites au cours des opérations de Halban dont nous venons de relater les observations.

La technique opératoire a été exposée en détail dans les protocoles opératoires de nos observations et plutôt que de reproduire la description générale de l'opération, nous préférons examiner chaque cas en particulier.

I. — Préparation pré-opératoire

Elle ne diffère en rien de celle que l'on met en œuvre habituellement en vue des opérations sur les voies génitales basses, c'est-à-dire évacuation soigneuse du tube digestif par purgation préalable l'avant-veille, lavement la veille au soir et constipation.

Désinfection soigneuse du champ opératoire et particulièrement du col.

Savonnage, nettoyage à l'éther, badigeonnage à la teinture d'iode ou à la solution acétonique de mercurochrome.

L'anesthésie est faite, en général, au Schleich, mais on pourrait utiliser aussi bien l'anesthésie rachidienne ou une anesthésie générale quelconque.

La malade étant mise en position de la taille, la technique proprement dite commence.

**II. — Saisie du col au niveau des commissures,
avec des pinces d'Ombredanne
et abaissement du col**

En général, l'abaissement du col est très facile et permet de bien exposer la paroi vaginale antérieure.

**III. — Incision du raphé médian de la paroi vaginale
antérieure**

Cette incision peut se faire, soit au bistouri, soit au bistouri électrique qui a l'avantage de diminuer l'effusion du sang, mais, par contre, donne moins de facilité pour suivre le clivage anatomique.

L'incision commence à 10 millimètres environ au-dessous du méat urinaire; elle intéresse toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale, en général augmentée du fait du prolapsus.

On n'oubliera pas, pendant tout ce temps opératoire essentiel le voisinage de la vessie qui aura été repérée à l'avance par la mise en place d'une sonde en gomme.

Dans l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse vaginale on clivera assez artificiellement le

plan fibreux septum vésico-vaginal d'Halban. Il nous a semblé qu'il n'y avait peut-être pas avantage à isoler complètement cette lame fibreuse et qu'au contraire en la laissant adhérente à la vessie, on évitait la constitution de plans de clivage et d'espaces morts dans lesquels pouvaient se former des hématomes, pouvant compromettre le résultat opératoire.

C'est pourquoi, dans les opérations que nous avons relatées et surtout dans les dernières, on ne s'est pas attaché à l'exécution de ce point particulier auquel HALBAN semble attacher une grande importance; on a considéré qu'en simplifiant ce temps opératoire on parvenait, tout aussi bien, à réaliser, en fin d'opération, un plancher solide à la vessie en fronçant de façon serrée ces tissus fibreux sous-vésicaux.

Cependant la dissection du plan vésico-vaginal doit, de toute nécessité, être poussée très loin sur les côtés, sans avoir la prétention, comme l'affirment certains auteurs, d'atteindre le bord interne des faisceaux antérieurs des releveurs de l'anus.

IV. — Incision en raquette circonscrivant le col

L'incision passe au niveau des culs-de-sac vaginaux. Elle intéresse toute l'épaisseur de la muqueuse et est suivie d'une mise à nu, par refoulement de la muqueuse, des parois antérieures, latérales et postérieures de l'utérus.

Latéralement, on découvrira les pédicules vascu-

lares utérins et l'abaissement de l'utérus permettra d'atteindre la base du ligament large et la crosse de l'utérine.

Pincement et ligature des vaisseaux utérins.

V. — Amputation du col

Cette amputation, qui doit être faite assez haut, peut être alors pratiquée avec le minimum d'hémorragie.

L'amputation est faite par section transversale du col « en saucisson ».

Mise en place des pinces d'Ombredanne ou de Mueux sur le moignon du col; hémostase s'il y a lieu.

VI. — Ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-vaginal et bascule du fond utérin au travers de ce cul-de-sac

Cette double manœuvre présente quelques difficultés :

1° La recherche du cul-de-sac péritonéal et son ouverture doit être faite sous le couvert de certaines précautions :

— d'une part, la mise en place de la sonde vésicale qui permettra de bien repérer le point le plus déclive de la vessie;

— d'autre part, l'ouverture du cul-de-sac sera faite aux ciseaux, en le recherchant au contact même de l'utérus. Il n'y a pas de danger du côté utérin, alors

que celui-ci est réel lorsque la dissection est portée en avant.

Le cul-de-sac, une fois ouvert, on élargira la brèche à droite et à gauche, assez largement pour n'être pas gêné, dans le temps suivant, par la bascule utérine.

2° La bascule de l'utérus et son extériorisation, au travers du cul-de-sac vésico-vaginal, est rendue déjà plus facile par l'amputation du col. Mais comme on s'adresse souvent à un utérus en état de rétroversion complète, il faut aller chercher très loin le fond utérin, et cette manœuvre est souvent assez difficile.

On y parviendra en amarrant la paroi utérine antérieure, de proche en proche, en s'aidant du crochet des écarteurs de Farabeuf, voire même, en introduisant, dans la cavité utérine, un hystéromètre. Ce temps, assez délicat, entraîne, assez souvent, une certaine perte de temps. On peut aussi aider à la réduction utérine en introduisant un doigt dans le rectum.

L'utérus, une fois extériorisé, est recouvert d'une compresse et maintenu en place.

VII. — Abaissement de la paroi postéro-supérieure de la vessie, au travers de la brèche péritonéale

Cet abaissement n'est pas exempt de danger. A l'aide de pinces de Chaput, on amène de proche en proche la vessie en la saisissant par son feuillet péritonéal; on parvient doucement à extérioriser une sur-

face très large de la vessie. La douceur dans les manœuvres est bien entendu de rigueur dans l'exécution de ce temps opératoire essentiel.

VIII. — Suture utéro-vésicale

Une anse de catgut est passée, allant de la partie la plus haute de la vessie, jusqu'au fond de l'utérus; elle n'intéresse strictement sur la vessie que le feuillet péritonéal.

Une anse symétrique étant mise du côté opposé, on noue les catgut et l'on a ainsi oblitéré le cul-de-sac vésico-utérin.

Un deuxième, un troisième, un quatrième étage sont réalisés de la même façon, et on arrive alors à accoler la paroi antérieure de l'utérus à la paroi postéro-supérieure de la vessie.

On termine ce temps en fermant le cul-de-sac vésico-utérin par un petit surjet au catgut.

On a ainsi réalisé le temps essentiellement original de l'opération du Halban dont il ne faut pas méconnaître, mais non plus exagérer les difficultés.

IX. — Reconstitution du plancher fibreux sous-vésical

Cette reconstitution, qui a été faite par HALBAN, soit en suturant en bourse le fascia fibreux sous-vésical, soit en rapprochant les deux bords de ce fascia et en terminant par une suture de la muqueuse, nous

paraît doit être faite plus simplement et en somme avec autant de solidité en suturant ensemble tous les tissus sous-vésicaux. Cette suture est faite par une succession de points en X au catgut n° 2 à la résorption lente.

X. — Fixation des parois vaginales sur le moignon du col

Cette fixation est faite à l'aide de points radiés, de façon à recouvrir complètement le col. Ce temps opératoire présente quelques difficultés en raison de l'étroitesse de l'orifice cervical.

XI. — Colpopérinéorraphie postérieure avec myorraphie des releveurs

Ce temps complémentaire est pratiqué suivant le procédé habituel, la technique ne comportant pas ici d'originalité particulière.

XII. — Pansements

Sonde de Malécot ou de Pezzer.

Aucune mèche n'est laissée dans le vagin, on se contente de couvrir la vulve et le vagin de pommade au collargol à 20 %.

XIII. — Possibilité de stérilisation

Un des avantages supplémentaires de l'opération de Halban est d'examiner l'état des annexes et, chez

les femmes d'un certain âge ayant déjà payé largement leur tribut à la maternité, et chez lesquelles on redoute une nouvelle grossesse, de pratiquer une stérilisation définitive par ligature et section des trompes.

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

1° Locales

On constate un petit suintement sanguin pendant les deux ou trois premiers jours, puis celui-ci se tarit et fait place à un écoulement séreux assez prononcé.

Il est utile de faire alors quelques lavages ou injections vaginales, à l'eau oxygénée, à l'aide d'une canule souple, sans pression, et de renouveler la pommade au collargol.

Dans nos observations on a maintenu la constipation (pilules d'opium) jusqu'au cinquième jour. Au sixième jour, purgation huileuse, et reprise de la constipation jusqu'au huitième ou neuvième jour.

La douleur post-opératoire est analogue à celle des colpo-périnéorraphies combinées classiques, sans aucune particularité. Le fait de laisser à demeure une sonde vésicale évite les tiraillements sur la vessie par distension et cette précaution est encore plus utile ici que pour les périnéorraphies classiques.

Lorsque la sonde est retirée, au moment de la première purgation, la miction naturelle se rétablit sans complication.

2° Générales

L'opération de Halban est, en général, remarquablement supportée en dépit de la longueur de l'opération.

On comprend, en effet, que la multiplicité des temps opératoires et l'attention qu'ils nécessitent, allongent la durée de l'opération.

Dans les cas cités par nous, la durée moyenne a été au minimum de une heure et au maximum, pour la première d'entre elles, de une heure un quart.

Le choc opératoire est très léger, même chez les malades qui ont abordé l'opération dans un état de dépression, d'amaigrissement, de fatigue générale très caractérisée.

La statistique d'HALBAN d'ailleurs ne comporte aucune mortalité opératoire.

Il en a été de même pour notre courte série opératoire, et les opérées ont quitté l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours.

RESULTATS ELOIGNES

Les malades opérées par le Professeur LEROUX ont été revues environ six mois après l'intervention :

L'état général est parfait.

L'état fonctionnel excellent; la sensation de pesanteur, les troubles divers ont disparu; les règles sont revenues normales. Dans un seul cas on constate une incontinence légère des urines.

Au point de vue local, on note un périnée très long, bien reconstitué, solide. Au toucher on ne trouve pas le col qui a été amputé, le corps utérin est anté-versé. L'aspect du col au spéculum n'est pas toujours parfait et en particulier le fait d'avoir été obligé de froncer le col donne quelquefois une cicatrice irrégulière mais d'ailleurs non douloureuse.

Il n'y a pas de cystocèle à l'effort.

Ces malades revues depuis ne présentent pas de récurrence.

HALBAN revendique, pour son procédé, la guérison radicale et définitive de la cystocèle.

En 1929, PORGES et ZIMMER ont publié une statistique de 604 cas opérés par HALBAN; 316 ont pu être ré-examinés : 87 % présentaient des résultats impeccables, 1,5 % seulement une récurrence de cystocèle antérieure.

KOENIG écrit, en 1933 : « depuis deux ans j'ai moi-même opéré et fait opérer dans mon service une trentaine de prolapsus d'après HALBAN, et je ne puis que recommander ce procédé pour lequel j'ai abandonné, dans la plupart de cas la triple opération que je pratiquais jusqu'alors. Nous en avons revu un certain nombre et nous avons été frappés de la bonne position de l'utérus et de la solidité de la paroi vaginale antérieure ».

COTTE, de Lyon, dans un article paru dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, en octobre 1937, écrit : « Au total, dans ces dernières années, je n'ai eu recours à l'opération de Halban que 29 fois. Il y a quelques mois, mon élève, VITKOVITCH, a bien voulu rechercher ces malades pour constater les résultats éloignés. Malgré ses efforts persévérants, il n'a pu en retrouver que 19, mais chez toutes les malades que nous avons pu revoir, les résultats anatomiques, autant que les résultats fonctionnels, étaient excellents. Ayant eu l'occasion de faire, il y a quelques mois, une hystérectomie subtotale pour annexite chronique, avec ovarite bilatérale, chez une malade de 28 ans, à qui j'avais fait il y a cinq ans une opération de Halban, sans périnéorrhaphie complémentaire, j'ai pu constater que la réduction de la cystocèle s'était maintenue intégrale.

Aussi bien aujourd'hui, le recul est suffisant pour qu'on puisse affirmer la valeur de l'opération de Halban. »

Un autre avantage revendiqué par HALBAN est la

possibilité pour une grossesse et un accouchement ultérieur. Il en a indiqué plusieurs cas.

GEISENDORF, ancien chef de clinique à la faculté de Genève, vient de publier cinq cas d'opération de Halban, suivis d'accouchements, « nous avons pu, dit-il, observer jusqu'à présent cinq cas de grossesse survenus après opération plastique pour prolapsus, faites par le professeur KOENIG ou ses élèves; dans quatre cas la technique de Halban a été suivie point par point, trois fois avec amputation du col; un cas qui avait, en outre, une déhiscence du sphincter anal a été opéré un peu différemment.

Ces cinq grossesses ont évolué normalement; l'accouchement a eu lieu à terme et les suites ont été bonnes; aucune de ces opérées n'a présenté, après l'accouchement, de récurrence de prolapsus.

Nous n'avons connaissance que d'un cas d'avortement spontané, après opération de Halban, et il est survenu peu de temps après un accident d'auto. »

GEISENDORF donne ensuite l'observation résumée de chacun de ces cas. Nous remarquons que chaque accouchement a nécessité une épisiotomie.

Les obstétriciens craignent l'amputation du col comme cause d'accouchement prématuré ou de dystocie. KOENIG croit cette crainte exagérée, à condition que la résection soit correcte et les cinq grossesses dont nous venons de parler apportent la preuve du contraire. Les observations de GEISENDORF, ajoutées à celles publiées par HALBAN, permettent d'infirmier le reproche fait à son procédé d'être dangereux pour les accouchements ultérieurs.

VALEUR DE L'OPERATION

De l'étude précédente découlent les avantages de l'opération de Halban :

BÉNIGNITÉ,

RAPIDITÉ : rapidité relative mais pourtant bien réelle si on compare le résultat obtenu par la seule opération de Halban à celui équivalent que donnerait la triple opération à la française, opération qui a l'inconvénient d'exiger une laparotomie.

VALEUR DURABLE DU RÉSULTAT STATIQUE par la formation d'un plancher vésical solide; par la fermeture du cul-de-sac vésico-utérin et le maintien de l'utérus en bonne place.

POSSIBILITÉ DE GROSSESSE ULTÉRIEURE.

HALBAN, de plus, étend son procédé à tous les prolapsus. PORGES et ZIMMER écrivent : « La méthode de Halban est applicable à tous les cas, quel que soit l'âge de la malade et le degré du prolapsus ».

Il nous reste maintenant à mettre en parallèle cette opération et celles pratiquées habituellement pour le traitement du prolapsus.

Ces dernières sont pratiquées par voie vaginale, par voie abdominale et par voie mixte.

I. — Opérations par voie vaginale

Colpopérinéorraphie.

La colpopérinéorraphie employée seule donne peu de résultats, par contre, elle est un temps complémentaire indispensable de la plupart des opérations pour prolapsus.

Myorraphie antérieure des releveurs

La myorraphie antérieure des releveurs est souvent irréalisable dans les cas où elle serait le plus utile, par exemple, en cas d'effondrement complet de la paroi antérieure.

Cette myorraphie consiste à suturer les releveurs en avant du vagin, de façon à rétrécir la partie antérieure de l'hiatus genitalis et à fortifier, au niveau de l'espace utéro-vésical, le plancher pelvien.

La première idée de cette myorraphie pré-utérine des releveurs, appartient à GOUBAROFF, mais ce sont DELANGLADES, CHAPUT et MARION qui ont réglé la technique de cette suture directe.

Cette suture antévaginale des releveurs est d'exécution malaisée et les résultats ne sont pas en rapport avec la difficulté opératoire. Techniquement, cette myorraphie est une proposition opératoire intéressante; pratiquement sa valeur plastique est médiocre.

Opérations mutilantes sur l'utérus

En dehors des amputations cervicales, indiquées en cas de gros col, la plupart des opérations mutilantes n'ont aucune indication au moins pratiquées seules.

L'hystérectomie est, à l'heure actuelle condamnée, elle n'a jamais guéri un prolapsus. Dès qu'elles se lèvent après leur hystérectomie, les opérées constatent qu'une grosseur sort encore du vagin et qu'elles éprouvent les mêmes troubles qu'avant. La chute des parois vaginales, celle de la vessie et du rectum, se reproduisent identiques et avec tous leurs inconvénients. De plus cette opération, même pratiquée par voie basse, n'est pas aussi bénigne qu'elle paraît et comporte une mortalité qui, d'après BÉGOIN, oscille entre 6 et 10 %.

Interposition. Opération de Schauta-Wertheim.

L'opération de Schauta-Wertheim est, à proprement parler, une inclusion inter-vésico-vaginale de l'utérus; elle consiste à basculer le fond utérin à travers une colpectomie antérieure et à inclure ce corps utérin, après section tubaire, dans le dédoublement de la cloison vésico-vaginale.

Que résulte-t-il de cette inclusion de l'utérus et, comment remédie-t-elle au prolapsus ?

Grâce à cette culbute en avant, l'utérus est porté en anté-flexion forcée et placé à angle très aigu sur l'axe du vagin; cette antéposition maxima est déjà une con-

dition mécanique excellente pour corriger toute amorce d'engagement utérin dans le trajet vaginal.

Par cette bascule qui porte le col très en arrière, le vagin se trouve tendu, ce qui est le moyen de soutenir la vessie, en la sous-tendant.

Enfin, l'utérus culbuté et insinué dans la cloison dédoublée, forme une véritable pelote herniaire, très perceptible en saillie intra-vaginale, sous l'aspect d'une « éminence lisse » selon le mot de FUCHS. C'est un pessaire vivant qui soutient la vessie, mais il faut évidemment que cette attelle utérine elle-même soit soutenue par un support vagino-périnéal et une bonne colpopérinéorraphie est la condition d'efficacité de ce mutuel soutien; il faut que le tout fasse bloc et forme un ensemble de résistance.

L'interposition de l'utérus, suivant la méthode de SCHAUTA-WERTHEIM, constitue certainement un excellent moyen de traiter la cystocèle. L'utérus basculé en avant, au-dessous de la vessie, vient combler le hiatus genitalis.

L'intervention se fait uniquement par voie basse, elle est donc plus courte que la triple opération puisqu'elle supprime le temps abdominal.

Elle exige toutefois des conditions anatomiques et cliniques qui en restreignent les indications.

Avant de pratiquer l'opération de Schauta-Wertheim, il faut s'assurer que l'utérus : n'a pas encore été trop entraîné par le prolapsus et que les ligaments utéro-sacrés qui l'amarrent à la paroi postérieure du bassin lui assurent encore une bonne fixité; qu'il est

mobile sans lésions annexielles surajoutées et qu'il pourra facilement être basculé en avant; qu'il a un volume suffisant pour faire pelote sous la vessie.

L'opération de Schauta-Wertheim, entraînant avec elle l'impossibilité de grossesse ultérieure normale, doit être réservée aux femmes aux environs de la ménopause. LOISON, dans sa thèse de Lyon, a exposé les diverses indications répondant à chaque degré de prolapsus, « l'opération de Schauta-Wertheim, dit-il, ne doit s'adresser qu'aux grosses cystocèles avec peu ou pas de prolapsus utérin chez des femmes dont les règles sont suspendues ou sur le point de l'être ».

COTTE écrit, « au voisinage de la ménopause, l'opération de Schauta-Wertheim constitue le traitement de choix », et FORGUE, « il faut avoir la sagesse de la réserver aux femmes ayant franchi la 45^e année, ménopausées ou ayant accompli leur vie sexuelle, car après elle la stérilité est obligatoire ».

L'opération de Schauta-Wertheim, qui semble donner de bons résultats, a contre elle d'entraîner la stérilisation et, par suite, de ne s'adresser qu'à des femmes aux environs de la ménopause, d'exiger des conditions anatomiques qui en restreignent également les indications.

L'opération de Schauta-Wertheim enlève à l'utérus sa position anatomique, ce qui modifie la statique de la sphère génitale.

COTTE, après avoir rappelé qu'il avait eu recours à peu près exclusivement à l'opération de Schauta-Wertheim, écrit : « En chirurgie, ce sont les procédés dont

on a le plus l'habitude, qu'on s'est efforcé de bien apprendre et de bien appliquer, qui donnent les meilleurs résultats. Aussi bien n'aurais-je sans doute pas modifié ma manière de faire dans le traitement du prolapsus si je n'avais vu HALBAN faire une intervention excessivement anatomique, avec reconstitution du septum vésical qui m'a particulièrement séduit. Elle a sur l'interposition un avantage incontestable qui est de laisser l'utérus en bonne place, au lieu de le mettre dans une antéposition un peu anormale. Le fait est, que lorsqu'il s'agit de femmes au voisinage de la quarantaine et qui continueront à être réglées encore quelques années, l'utérus interposé est quelquefois le siège de poussées congestives, surtout au moment des règles qui donnent aux malades l'impression d'un corps étranger dans le vagin, ou qui leur font croire à une récédive ». Ajoutons à cela que l'opération de Halban s'adresse à tous les cas de prolapsus, qu'elle permet des grossesses ultérieures, et nous aurons ainsi ses avantages principaux sur l'opération de Schauta-Wertheim.

Il nous faut signaler également que l'opération de Schauta-Wertheim entraîne, au point de vue suites opératoires immédiates, des risques non négligeables. SAVARIAUD a noté la fréquence redoutable de l'embolie, du dixième au douzième jour. SCHICKELE a vu souvent des hémorragies tardives et des hématomes infectés. KÆNIG a observé récemment plusieurs migrations, il est vrai sans conséquences fatales. Pour une opération plastique, à laquelle on demande d'être bénigne, c'est beaucoup.

Du simple point de vue opératoire, l'opération de Halban, dont nous savons le peu de gravité, est donc préférable à celle de Schauta-Wertheim.

Colpectomie.

La colpectomie ne peut être pratiquée que chez les femmes âgées, à prolapsus total, pour lesquelles la suppression de la vie génitale est acceptable. Cette intervention qui consiste à substituer au vagin une colonne de tissu cicatriciel n'a pas conquis la faveur de beaucoup de chirurgiens qui répugnent à laisser sans communication avec l'extérieur, un utérus encore capable de sécréter et peut-être un jour de se canceriser.

SAVARIAUD, cependant, préfère la colpectomie totale au cloisonnement élargi du vagin.

Colpocleisis subtotal.

Ce procédé, décrit par LABHARDT, de Bâle, se rapproche de la colpectomie dont il a les indications. Il permet de conserver un pertuis entre le col et l'extérieur.

Opération de Le Fort.

Il résultait de l'opération de Le Fort une étroite bande médiane qui formait une cloison d'arrêt, un butoir, empêchant le prolapsus de se reproduire. Mais

cette bride médiane finissait par se laisser forcer sous la poussée viscérale.

Cloisonnement élargi du vagin.

La primitive opération de Le Fort a été remplacée par le cloisonnement élargi. Les surfaces d'avivement sont agrandies sur toute la longueur du vagin, à partir de la vulve, cela équivaut presque à la suppression du vagin où ne persistent que deux étroites rainures latérales.

Ainsi est constituée une vraie symphyse du vagin qui bloque au-dessus d'elle l'utérus.

Le cloisonnement élargi du vagin a des indications précises; prolapsus des femmes âgées « ayant abdiqué », selon le mot de SAVARIAUD, prolapsus irréductible, prolapsus récidivé des vieilles.

II. — Opérations par voie abdominale

Hystérectomie.

L'hystérectomie, par voie abdominale, est encore plus condamnable que celle par voie basse.

Hystéropexie.

L'hystéropexie, employée seule, mérite la même condamnation.

Ni la ligamentopexie, ni même la fixation directe de l'utérus à la paroi, ne peuvent empêcher le prolapsus génital de progresser.

Sous l'influence de la pression abdominale, le plancher périnéal déficient, s'affaisse et la traction du vagin sur le col est si forte que si les ligaments utérins ne finissent pas par céder, c'est le tissu de l'utérus lui-même qui s'étire et s'allonge, au point de constituer l'allongement hypertrophique sus-vaginal qui permet à la cavité utérine de mesurer jusqu'à 15 et même 20 centimètres.

III. — Opérations par voie mixte

Triple opération. Opération à la Française.

La triple opération est l'intervention courante en France contre le prolapsus, c'est la « méthode française », comme l'a nommée BÉGOIN.

Les trois opérations combinées :

colpo-périnéorrhaphie;

colporraphie antérieure;

hystéropexie;

répondent aux trois grandes conditions à remplir pour la cure du prolapsus :

— reconstituer le périnée;

— rétrécir le vagin;

— détruire la continuité des axes du vagin et de l'utérus.

Accessoirement, on ampute le col.

La colpopérinéorrhaphie est considérée comme l'opération fondamentale. Elle est du reste, nous l'avons

vu, un temps complémentaire important de l'opération de Halban.

Elle doit réaliser les conditions suivantes :

— rendre à la vulve son étroitesse normale et l'épéron normalement relevé de la commissure inférieure; rétrécir le vagin,

— restituer un périnée long, épais, bien étoffé, en rétablissant dans leurs relations, aussi exactes que possible, les muscles de l'étage inférieur,

— refaire, à l'étage supérieur, le plancher pelvien, en affrontant les bords des releveurs et en reconstituant l'anse musculaire qui sangle le vagin en arrière, par la jonction des fibres prérectales.

L'hystéropexie a pour but, dans l'opération française, non pas surtout de suspendre l'utérus, mais d'empêcher que les axes du vagin et de l'utérus ne soient dans le prolongement l'un de l'autre.

En France, les pexies par voie haute, sont les plus employées. Ce temps abdominal rend la triple opération moins simple, plus choquante et plus dangereuse que l'opération de Halban.

Le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds d'ALQUIER-ALEXANDER place l'utérus dans une position voisine de la normale, mais il ne permet pas la revision des annexes et le traitement d'adhérences éventuelles. Il est souvent exposé à des difficultés par suite de la gracilité des ligaments.

L'hystéropexie isthmique expose à des accidents pendant la grossesse (douleurs par tiraillements au

niveau des adhérences, interruption prématurée de la grossesse) et au moment de l'accouchement.

L'opération jugée la meilleure est la ligamentopexie, par le procédé de Doléris. Son seul inconvénient est de nécessiter un temps abdominal supplémentaire après l'opération vaginale.

Par contre, la vésico-fixation, proposée par HALBAN, se pratique uniquement par voie basse; elle ne limite pas la mobilité de l'utérus qui est maintenu en antéversion; de plus, elle n'entraîne pas de troubles pendant la gestation.

Le point faible de la triple opération, c'est la résection de la paroi antérieure et l'occlusion de l'hiatus antérieur. La récurrence se produit presque toujours à ce niveau.

Le plus souvent, on se borne à une simple colpoperinéorrhaphie antérieure, à un ou plusieurs plans, c'est-à-dire à la résection d'un lambeau de muqueuse exubérante.

De nombreux procédés ont été proposés, en particulier par POZZI, FORGUE, FAURE, KELLY, FRANZ, LENORMANT, BÉGOIN, SAVARIAUD, pour remédier à ce point faible. D'une façon générale, tous ces auteurs recommandent d'inciser franchement à travers toute l'épaisseur de la paroi vaginale antérieure et se bornent à suturer les lèvres d'un avivement de forme variable.

Cependant, un peu partout, on sent percer l'opinion que la colporrhaphie, entendue de cette façon, est quelque peu précaire, « les récurrences se produisent pour

ainsi dire toujours à ce niveau, la sangle est souvent insuffisante » (BÉGOVIN). GUILLOUD a pu dire que souvent il avait constaté un résultat imparfait où la cystocèle tend à se reproduire « on peut arrêter l'évolution de cette récédive par l'application d'un petit pessaire ». C'est là un aveu d'impuissance.

Il est donc naturel qu'on ait cherché à mieux faire.

Si l'on considère le prolapsus comme une hernie, il est logique d'aller à la recherche des piliers de l'orifice herniaire, et de les réunir : c'est théoriquement la myorrhaphie antérieure des releveurs dont nous avons déjà vu la difficulté opératoire et le peu de résultat pratique.

SAENGER et GERSUNY sans rechercher les fibres hypothétiques antérieures des releveurs, froncent le tissu conjonctif situé entre la vessie et le vagin.

FOTHERGILL réunit, en avant du col, les structures primitivement à côté de lui.

VIOLET, pour parer aux fréquentes récédives antérieures (parmi lesquelles les hernies pré-utérines tiennent une grande part), cherche à détruire ou à refouler cette hernie, puis à fermer les piliers de l'orifice herniaire en suturant en avant les ligaments vésico-utérins « la recherche de ces ligaments est le plus souvent facile, dit-il; quand on voit le cul-de-sac péritonéal, on peut diriger la vessie en avant à l'aide d'un petit écarteur, les ligaments apparaissent alors comme des fils tendus, à droite et à gauche ».

KOENIG, ainsi que sans doute beaucoup d'autres auteurs, s'est efforcé à la manœuvre proposée par

VIOLET. Il ne croit pas que ces formations, si grêles et si fragiles, puissent opposer une résistance suffisante à la pression d'en haut. VIOLET, lui-même, convient que dans les grosses hernies pré-utérines, le procédé le plus sûr est encore l'interposition que nous venons d'étudier et dont nous avons montré les inconvénients.

Nous voyons donc que la triple opération comporte un point faible. Des nombreux procédés proposés pour remédier à cet inconvénient, et que nous venons de passer rapidement en revue, aucun ne donne un résultat constamment favorable et les récidives sont possibles. Avec quelle fréquence se produisent-elles ? C'est un chiffre qu'il est difficile de fixer parce que les cas traités sont trop différents les uns des autres, pour qu'on puisse conclure avec certitude : TREUB compte 24 % de récidives, FORGUE 7 %, BOUILLY 10 %.

En résumé : nécessité d'un temps abdominal; reconstitution insuffisante du plancher antérieur entraînant des récidives, tels sont les deux inconvénients de l'opération française qui, par contre, réserve à l'avenir des maternités et ne gêne pas les accouchements futurs.

De l'étude critique de l'opération de Halban, et de la comparaison de ses avantages et de ses résultats éloignés, il nous paraît possible d'établir quelques conclusions.

L'opération de Halban nous paraît surtout indiquée dans les cas de prolapsus génital avancé, survenant chez les femmes multipares, aux environs de la quarantaine, présentant, outre le prolapsus avec cystocèle et rectocèle importants, un allongement hypertrophique du col, quelle qu'en soit, d'ailleurs, la dimension, et un état de rétroversion ou rétroflexion de l'utérus, irréductible manuellement.

Dans de telles conditions, l'intérêt de l'opération de Halban nous paraît certain, puisqu'elle permet, en une seule séance opératoire, de rétablir un état anatomique satisfaisant, aussi proche que possible de celui qui existait avant les grossesses.

Accessoirement, l'opération peut être complétée par une stérilisation de la femme (ligature des trompes, observation de Mme D...).

Par contre, l'opération de Halban ne s'adresse pas aux cas de femmes nullipares, porteuses simplement d'une rétroversion utérine, sans prolapsus, ni aux cas de cystocèles modérées pour lesquelles une réfection soigneuse du plancher vésical suffira; mais, là encore, il faut souligner le mérite de HALBAN d'avoir mis en valeur l'importance du fascia fibreux sous-vésical.

CONCLUSIONS

BUTS DE L'OPÉRATION DE HALBAN.

Les buts poursuivis par l'opération de Halban sont :

- 1° restituer un soutien vésical solide par la reconstitution, aussi serrée que possible, du septum vésico-vaginal;
- 2° restituer à l'utérus son attitude et sa position normale par la vésico-fixation haute;
- 3° refaire un périnée solide par une colpopérinéorraphie;
- 4° amputer le col s'il est hypertrophié.

CRITIQUE DE L'OPÉRATION.

L'opération de Halban, exécutée uniquement par voie basse, est une opération :

- relativement rapide pour le but atteint;
- bénigne;
- peu choquante.

Elle permet d'enlever les annexes, si nécessaire,

ou de stériliser la femme par ligature et suture des trompes.

Le temps délicat : séparation de la cloison fibreuse inter-vésico-vaginale de la muqueuse vaginale, peut être supprimé sans inconvénient, mais non la suture soigneuse de ce plan fibreux.

RÉSULTATS.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes.

La mortalité est nulle, la morbidité également.

Les récidives sont exceptionnelles (1,5 % sur 316 cas examinés par PORGES et ZIMMER).

L'opération de HALBAN rend possibles les grossesses et les accouchements ultérieurs (pour ces derniers, on note la nécessité d'une épisiotomie).

GÉNÉRALITÉ DE L'OPÉRATION.

La méthode de Halban s'applique à tous les cas de prolapsus, mais particulièrement au prolapsus avancé des multipares.

En résumé, l'opération de Halban, par sa rapidité relative, sa bénignité, la suppression de tout temps abdominal, le maintien de l'utérus en sa position normale, la grande solidité de la paroi vaginale antérieure, la possibilité de grossesses ultérieures, nous

paraît l'opération de choix pour le traitement du prolapsus génital, et mérite de prendre une place plus importante parmi les méthodes nombreuses proposées pour la cure du prolapsus génital de la femme.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN. — *Rapport Congrès Français de Chirurgie*, 1923.
- COTTE. — L'Opération de Halban dans le traitement des prolapsus génitaux. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1937).
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*, 1928.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1927.
- FOTHERGILL. — In *Eden et lockyer system of gynecol.* New-York, 1917.
- GEISENDORF. — Cinq cas d'opération plastique pour prolapsus suivie d'accouchement (*Gynécologie et Obstétrique*, février 1938).
- HALBAN. — *Gynäkologische Operationslehre (Urban und Schwarzenberg, Wien, 1932)*.
- HALBAN et TANDIER. — *Anat. U. Aétiol. der genitalen prolapse*, 1907.
- KOENIG. — Considérations sur le traitement chirurgical du prolapsus utérin. (*Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1933.)
- PORGES et ZIMMER. — *Arch. Gynaek*, 1929.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1905.

SAVARIAUD. — *Rapport Congrès Français de Chirurgie*, 1933.

VIOLET. — *Lyon Chirurgical*, 1909.

— *Congrès Société Française de Gynécologie*, 1932.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



